
Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993

Lights and shadows of the Colombian health reform. Law 100 of 1993

Luzes e sombras da reforma da saúde na Colômbia. Lei 100 de 1993

Francisco José Yepes Luján*

* Médico, magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia; Master of Sciences y Doctor of Public Health, Universidad de Harvard; director de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana.
Correo electrónico: fyepes@javeriana.edu.co



Esta presentación es un resumen de los hallazgos de una revisión sistemática de la literatura sobre el desempeño de la reforma colombiana de la salud realizado conjuntamente por la Asociación Colombiana de la Salud (Assalud) y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario, entre 2004 y 2008. Dada la complejidad del tema objeto de revisión y la multiplicidad de metodologías empleadas en los diversos estudios, se adoptó la “síntesis narrativa” como la metodología a ser utilizada (1).

Metodología

Se realizó una amplia búsqueda de las publicaciones sobre la reforma, en la literatura indexada nacional e internacional, en las publicaciones no indexadas de salud colombianas y en la literatura gris entre 1996 y 2008. En total, después de varios procesos de revisión y selección se construyó una base de datos con 459 referencias, a partir de las cuales se hizo la selección de las publicaciones utilizadas para este estudio. El análisis se restringió a las publicaciones realizadas a partir de 2000 con el criterio de que publicaciones anteriores se estarían refiriendo a situaciones no necesariamente vigentes.

La búsqueda se realizó mediante un conjunto de estrategias que incluyeron la consulta a diversas bases de datos (Medline, Lilacs, Scielo, Hinari, Scopus, Jestor, ProQuest y Elsevier), a las bibliotecas de universidades colombianas (Andes, Javeriana, Rosario, Nacional, Antioquia, Valle, Bosque, Externado), de centros de investigación (Assalud, Fedesalud, Fedesarrollo, CEDE), del Ministerio de la Protección Social, del Instituto Nacional de Salud, del Departamento Nacional de Planeación, de la Academia Nacional de Medicina, de la OPS/OMS; a las páginas *web* de Cendex y de la Fundación Corona y a investigadores nacionales. Esta búsqueda

se complementó a través de la identificación de referencias pertinentes en la bibliografía seleccionada (*snowballing*).

De acuerdo con la metodología de la síntesis narrativa, se explicitó el modelo teórico de la reforma y a partir de él se formularon cuatro preguntas a ser respondidas con la información disponible:

1. ¿El aseguramiento ha reducido las barreras y aumentado el acceso a los servicios de salud?
2. ¿La competencia y la libre elección han mejorado la calidad y la eficiencia de los servicios de salud?
3. ¿Ha mejorado la equidad en el acceso a los servicios de salud?
4. ¿Se ha mejorado el nivel de salud de los colombianos y la equidad en salud en términos de nivel de salud?

Resultados

El panorama que se presenta a partir de los 101 estudios revisados muestra una situación en la cual se manifiestan problemas en el acceso a los servicios de salud de la población asegurada, existencia de inequidades en el acceso entre los diferentes regímenes de aseguramiento y serios problemas en la equidad de los resultados y la calidad de los servicios.

Mirado desde la óptica de cuáles resultados pueden considerarse como positivos y cuáles como negativos, la literatura permite seleccionar los siguientes dentro de la lista de los positivos:

- El aumento en la cobertura del aseguramiento total, contributivo y subsidiado.
- La disminución del gasto de bolsillo.
- La mayor equidad en el aseguramiento mediante la disminución de los diferen-

ciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo.

- La mejor focalización de los subsidios en los más pobres.
- El mayor acceso a los servicios de salud por la población asegurada.
- El aumento en la consulta de sano (por prevención y promoción) entre 1997 y 2003.

Sin embargo, estos resultados, que con frecuencia han sido presentados en forma superficial, ameritan una mirada más detallada que permita revisarlos críticamente.

El aumento de las coberturas del aseguramiento, que ha sido presentado como el gran logro de la reforma, tiene múltiples limitaciones. La primera de ellas es la inequidad estructural en los paquetes de servicios, que ofrecen menos a quienes más necesitan, lo cual ya implica una seria barrera de acceso para los más pobres. Por supuesto, las presentaciones de los porcentajes de cobertura logrados con el aseguramiento, cuando no explicitan estas limitaciones, no reflejan la realidad y son desorientadoras.

La segunda, es la falsedad de suponer que el estar asegurado implica tener acceso a los servicios de salud y menos aún a servicios de calidad. Lo primero está ampliamente documentado por los análisis realizados por la Defensoría del Pueblo que demuestran que el 53% de las tutelas entre 2006 y 2008 correspondieron a servicios cubiertos en el POS y negados por las aseguradoras y por numerosas investigaciones que arrojan serias dudas sobre la calidad de la atención.

En cuanto a la mayor equidad en el aseguramiento mediante la disminución en los diferenciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo, igualmente tiene que ser relativizado debido a que los diferenciales se han disminuido fundamentalmente a costa del aseguramiento subsidiado que es el que menor cobertura de servicios ofrece.

Conclusiones

La literatura revisada confluye en mostrar un preocupante cuadro de signos de alarma en múltiples dimensiones del sistema.

Deterioro o estancamiento en las ganancias de la mortalidad evitable

El estancamiento en las ganancias que se venían observando, o el deterioro de una serie de indicadores de mortalidad evitable (2), al tiempo que los recursos del sector se multiplican por seis en pesos constantes, y sin que medien condiciones epidemiológicas o de otra índole que lo justifiquen, es un signo de alerta sobre la efectividad y la calidad de las acciones de salud que se han realizado.

Pobre calidad en los programas de control de tuberculosis

La situación de la tuberculosis, documentada por la OPS/OMS (3) en su plan decenal de control de tuberculosis para las Américas, así como por múltiples investigaciones, es de una gravedad inusitada. Colombia está clasificada en el peor de cuatro escenarios en que la OPS/OMS categoriza a los países de las Américas; tiene una incidencia estimada de 50 casos por cada 100.000 habitantes, una cobertura de DOTS inferior al 75%, una tasa de curación de 60% —cuando debería ser mayor a 85%—, una tasa de detección de 31,4% —cuando la meta es de 70%—, y una tasa de pérdidas de 25%, cuando debería ser inferior al 2%.

Deterioro a partir de 1996 y permanencia de niveles inaceptables de mortalidad materna y altos niveles de sífilis congénita

Al mismo tiempo que se han mejorado las coberturas del cuidado prenatal y del parto



con atención institucional por profesionales, se observa un deterioro de la mortalidad materna a partir de 1996 y luego un estacionamiento a niveles inaceptables a partir de 2005. Esta situación, adicionada a la de la *sífilis congénita*, que presenta una tasa promedio de 2,7 por cada 1000 nacidos vivos, con 16 departamentos cuyas tasas oscilan entre 2,1 y 5,9, lleva a plantear sospechas fundadas sobre la calidad de los servicios que se están ofreciendo. No hay razones aparentes, diferentes a una calidad deficiente del cuidado prenatal, para que existan los niveles observados en el país de *sífilis congénita*, dada la alta cobertura del cuidado prenatal por profesionales. Lo mismo se puede decir de los niveles de mortalidad materna y perinatal frente a los altos niveles tanto de atención prenatal como de atención institucional del parto por profesionales.

Mala calidad en el tratamiento de los pacientes diabéticos

Un estudio realizado por Fedesalud (4) encontró que sólo el 25% de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo II recibían un tratamiento bueno o pasable, mientras que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la diabetes y el desarrollo de la enfermedad renal crónica no pasaba de 13 años, cuando la literatura refiere 20 a 30 años.

Frecuencia inaceptable de complicaciones de enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria aguda

Se dan altos niveles de complicaciones en menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en población asegurada, lo cual es inaceptable y muy posiblemente esté asociado a diagnósticos y tratamientos inoportunos o inadecuados (5).

Elevado volumen de no entrega de servicios cubiertos en el POS

Los análisis de la Defensoría del Pueblo (6-7) y de varios investigadores han documentado ampliamente el alto volumen de tutelas por servicios que estando incluidos en el POS fueron negados por las EPS. Siendo que estos servicios ya están pagados en la UPC, no hay razón explicable para que las EPS que incurren en estas prácticas no hayan sido sancionadas.

Alta proporción de no entrega de medicamentos prescritos

Un fenómeno similar se da en la entrega de medicamentos, que igualmente ya están cubiertos por la UPC y que no son entregados por las EPS. De acuerdo con los diversos *estudios de calidad de vida*, una cuarta parte de los asegurados en el régimen contributivo que reciben una prescripción médica no obtienen ningún medicamento de la aseguradora, y en el caso del régimen subsidiado esta proporción se eleva a un tercio (8).

Menor acceso y/o peores resultados de salud de los afiliados al régimen subsidiado

El menor acceso a los servicios de salud y los resultados de salud más deficientes en la población del régimen subsidiado son claras muestras de la inequidad del sistema. El caso de la falta de cobertura de la mamografía y de la biopsia de mama en las mujeres del régimen subsidiado (9-10), es sólo una de las múltiples manifestaciones de inequidad. Pero igualmente otros estudios documentan la diferencia en acceso a los servicios entre la población del régimen contributivo y la del régimen subsidiado (8,11-17).

Deterioro de las capacidades de salud pública de los entes territoriales

El deterioro de la capacidad de los entes territoriales para conducir los programas de salud pública ha sido documentado por diferentes investigadores, se ha visto reflejado en las condiciones de diversas enfermedades transmitidas por vector, y ha sido objeto de amplio debate en los medios de comunicación y en el Congreso de la República.

La pérdida de capacidad ha sido documentada en los programas de vacunación, de control de enfermedades transmitidas por vectores, de tuberculosis (18-22).

Alto fraccionamiento de la atención

El fraccionamiento de la atención es un problema mayor que es de carácter tanto estructural como coyuntural. El primero se origina en la diversidad de paquetes obligatorios de servicios (POS), que además de ser inequitativa, se convierte en una importante barrera de acceso. El segundo se debe a comportamientos oportunistas de los aseguradores (no controlados por los órganos competentes) con la finalidad de reducir los costos mediante el establecimiento de barreras geográficas, organizativas y administrativas.

En el caso de la tuberculosis, por ejemplo, se han documentado los efectos nocivos de la fragmentación con consecuencias en el descenso en la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos tuberculosos y la ruptura entre las acciones de promoción y prevención individual y colectiva (18-19, 23).

Predominancia de incentivos económicos

Numerosos investigadores coinciden en identificar el papel perverso de la predominancia de los incentivos económicos sin un

contrabalance por parte de incentivos por resultados en salud. La presión por la facturación de servicios y la producción de rendimientos económicos induce la práctica de controles de costos como el establecimiento de cuotas para procedimientos diagnósticos y medicamentos a prescribir (24), e incentivos positivos y negativos para los médicos, según se ciñan ó no a las cuotas establecidas, con detrimento de la calidad de la atención, e inclusive a la alteración de la veracidad de la historia clínica. Esta situación genera serios dilemas éticos para la práctica profesional (25) y conduce a la prestación de un servicio de mala calidad.

Problemas en el flujo de fondos

Existen serios problemas de flujo de fondos, a todos los niveles, debido al comportamiento rentista de los diversos actores que el Gobierno ha sido incapaz de controlar (18, 26-27).

Falta de rectoría

Las deficiencias de la rectoría (25, 28-30), y en ocasiones su captura por diversos actores, han sido igualmente documentadas por diferentes estudios y están en el fondo de muchos de los problemas observados.

Referencias bibliográficas

1. Popay J, Roberts H, Sowden A et al. Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. A Product from the ESRC Methods Programme. Version 1, April 2006.
2. Gómez RD. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-200. Medellín: Universidad de Antioquia, Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 2006.
3. Organización Panamericana de la Salud-OPS/Organización Mundial de la Salud-OMS. Regional Plan for Tuberculosis Control 2006-2015 Washington, D.C., 2006 (Documento técnico).
4. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud). Evaluación de la calidad e integralidad de la atención



- a pacientes diabéticos que ingresan a terapia de diálisis. Bogotá, 2006.
5. Unión temporal CCRP-Assalud-BDO. Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención y promoción del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Bogotá, Informe técnico presentado al Ministerio de la Protección Social, 2004.
 6. Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 1999-2003. Bogotá, 2003.
 7. Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2003-2005. Bogotá, 2005.
 8. Zambrano A, Ramírez M, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cad. Saúde Pública*. 2008; Rio de Janeiro, 24(1):122-30.
 9. De Charry LC, Roca S, Carrasquilla G. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? *Colombia Médica*. 2008; 39 (1): 24-32.
 10. De Charry LC, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. En proceso de publicación.
 11. Martínez P, Rodríguez LA, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Rev. Salud Pública*. 2001; 3(1): 13-39.
 12. Tono T, Velázquez L, Castañeda L, Sáenz J. El impacto de la reforma sobre la salud pública: el caso de la salud sexual y reproductiva. Bogotá: Fundación Corona, Engender Health, Fundación Ford; 2002.
 13. Ruiz M, López S, Ávila L, Acosta N. Utilización de servicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2006; 8 (3):197-206.
 14. Yepes FJ, Ramírez M. Las barreras de acceso en la atención de salud de la población de uno a cuatro años de Bogotá. ¿Es viable la universalización del seguro? *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*. 2006; Bogotá (8): 83-105.
 15. Flórez CE, Soto VE, Acosta OL, Karl C, Misas JD, Forero N, Lopera C. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá: Fundación Corona; 2007.
 16. Tovar LM, García GA. La producción de salud infantil en Colombia: una aproximación. *Desarrollo y Sociedad*. 2007; 59, Primer semestre: 21-61.
 17. Vecino-Ortiz AI. Determinants of demand for antenatal care in Colombia. *Health Policy*. doi:10.1016/j.healthpol.2007.12.002, 2008.
 18. Ayala Cerna C, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (6):1771-81.
 19. Arbeláez M, Gaviria M, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Mgmt*. 2004; (19):S25-S43.
 20. Kroger A, Ordóñez-González J, Aviña AI. Malaria Control Reinvented: Health Sector Reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health*. 2002; 7(5):450-8.
 21. Peñaranda CF, Bastidas M, Ramírez H, Lalinde, MI, Giraldo Y, Echeverri SL. El programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2002; 20(1): 89-99.
 22. Carvajal R, Cabrera G, Mosquera J. Percepciones de los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. *Colombia Médica*. 2004; 35(4): 179-84.
 23. Chaparro PE, García I, Guerrero MI, León CI. Situación de la tuberculosis en Colombia-2002. *Biomédica*. 2004; (24) (Supl.): 102-14.
 24. Pérez VA, Ramírez GE. Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2007.
 25. Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, deberes y derechos constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Colombia: Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Universidad Industrial de Santander, Colciencias; 2009.
 26. Plaza B, Barona AB, Hearst N. Managed Competition for the poor or poorly managed Competition? *Health Policy Plann*. 2001; 16 (Sppl 2): 44-51.
 27. Jaramillo I. ¿Por qué no fluyen los recursos en el Régimen Subsidiado? Evaluación financiera del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia. En: Ha mejorado el acceso a la salud, evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado. Bogotá: Universidad Nacional CID, Ministerio de Salud; 2002, Colección La Seguridad Social en la Encrucijada.
 28. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008.
 29. Gómez C, Sánchez LH. Experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma en Colombia. Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones. Bogotá: Scare, 2006.
 30. Restrepo J, Rodríguez S, Arango M. Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas de salud: hacia un replanteamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Antioquia, Medellín, noviembre de 2001. Consultado el 30 de enero de 2009, en <http://economia.udea.edu.co/ges/documentos/Institucioneseficientes.pdf>